N° 18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉVENTRATIONS

ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Janvier 1898

PAR

LOUIS FOSSE

Né a Vauvert (Gard), le 29 juillet 1871

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMÉRIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences

M DCCC XCVIII

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
CARRIEU . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène	MM. BERTIN-SANS.
Id.	RAUZIER (Ch. du c.)
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	N...
Id.	SARDA (Ch. du c.)
Anatomie pathologique	N...
Id.	BOSC (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements	PUECH, agrégé.
Clinique ann des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	ESPAGNE, agr. lib.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BAUMEL	MM. LAPEYRE	MM. VALLOIS
BROUSSE	MOITESSIER	MOURET
SARDA	BOSC	DELEZENNE
LECERCLE	DE ROUVILLE	GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *président.*	MM. DE ROUVILLE, *agrégé.*
TRUC, *professeur.*	MOURET, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS

L. FOSSE.

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ESTOR

L. FOSSE.

INTRODUCTION

Avec les progrès réalisés par la chirurgie abdominale, il n'est guère de régions qui aient à subir plus souvent l'intervention du praticien que la paroi antérieure de l'abdomen. Elles sont, en effet, innombrables, les causes nécessitant l'ouverture du ventre, tumeurs des différents viscères, affections diverses du bassin, péritonites tuberculeuses et toutes les lésions pour lesquelles on pratique une laparotomie exploratrice. Si, à ces causes occasionnelles, nous ajoutons les causes naturelles, telles que la grossesse, qui interviennent toutes pour détruire la résistance de cette paroi, il nous sera facile de nous expliquer la production d'éventrations que l'on constate tous les jours de plus en plus fréquentes. On se préoccupe aujourd'hui de ces affections, que l'on tente de prévenir par tous les moyens. Récemment encore, au Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique, tenu à Genève en 1896, la question du meilleur mode de fermeture de l'abdomen était à l'ordre du jour, et elle a fait l'objet de communications importantes et de rapports détaillés.

Nous avons pu, pendant notre séjour à l'Hôtel-Dieu de Nimes, observer plusieurs cas d'éventration et, à deux reprises, nous avons vu pratiquer des opérations pour y porter remède : de là nous est venue l'idée de prendre cette question comme sujet de notre thèse inaugurale.

Nous devons maintenant exprimer notre gratitude à tous ceux qui nous ont aidé de leurs conseils dans le courant de nos études.

Nos Maîtres de la Faculté de Montpellier nous ont donné les principes solides et la méthode, sans lesquels rien n'est profitable ; il nous ont fourni un enseignement qui a été la base de notre éducation médicale : nous leur en serons toujours reconnaissant.

M. le docteur Reboul a guidé notre instruction clinique et, durant tout le cours de notre internat, a été pour nous une source de conseils éclairés et toujours utiles. Si nous avons acquis quelque habitude de l'examen du malade, c'est à lui que nous le devons. Continuellement sous sa direction, nous avons pu apprécier les qualités de l'opérateur et la sûreté du clinicien ; nous avons essayé de mettre à profit ses leçons et nous l'assurons ici qu'il ne saurait avoir d'élève plus dévoué.

Dans l'expression de notre gratitude, nous n'aurions garde d'oublier nos différents chefs de service, MM. les docteurs Gaucl.e, de Parades, Lafon et les médecins principaux, MM. Saurel et Jourdan.

Que M. le professeur Estor, dont nous avons reçu le plus charmant accueil, reçoive tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous saisissons cette occasion pour renouveler à tous nos amis, et en particulier à nos camarades d'internat, l'assurance de notre sincère sympathie.

DIVISION

Chapitre I^er^. Anatomie.

— II. Des diverses éventrations. Etiologie, mécanisme, symptômes, diagnostic.

— III. Traitement en général.

— IV. Historique. Revue des divers procédés.

— V. Cure radicale. Description du manuel opératoire.

— VI. Indications et contre-indications.

— VII. Observations.

Conclusions.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ÉVENTRATIONS

ET DE LEUR TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

Le mécanisme de l'éventration et les divers temps de l'intervention seront plus faciles à saisir, après une revue rapide sur l'anatomie de la région et en particulier sur les dispositions de la ligne blanche et de l'ombilic.

Ligne blanche. — La ligne blanche est le raphé tendineux formé par l'entrecroisement des aponévroses des muscles larges de l'abdomen. Elle se présente comme une longue bandelette très résistante, tendue à la partie médiane et antérieure de la paroi abdominale ; elle s'étend de l'appendice xiphoïde à la symphyse du pubis. Sa largeur varie suivant qu'on la considère au-dessus ou au-dessous de l'ombilic ; elle est réglée par l'écartement des deux muscles grands droits de l'abdomen, dont les bords internes lui servent de limite.

D'après *Sappey*, cet écartement, qui mesure de six à huit millimètres à l'appendice xiphoïde, atteint son maximum au niveau de l'ombilic, où il mesure environ deux centimètres, il diminue ensuite rapidement pour se terminer en pointe à trois centimètres plus bas. La ligne blanche est représentée, dans le reste de son étendue, par une bandelette mesurant cinq à six millimètres de son bord antérieur à son bord postérieur et dont l'épaisseur est à peu près nulle, les deux muscles venant, en ce point, pour ainsi dire, en contact.

Vue par sa partie antérieure, la ligne blanche est plane, et paraît manifestement formée par l'entrecroisement des fibres aponévrotiques des muscles grands obliques, petits obliques et transverses de l'abdomen. « Les fibres, dit Tillaux, jusque-là » superficielles, deviennent profondes, et l'entrecroisement a » lieu non seulement de l'un à l'autre côté, mais encore d'avant » en arrière, ce qui donne à cette portion une très grande » solidité. » Il résulte de cette disposition, la formation d'ouvertures irrégulièrement losangiques, plus ou moins larges, livrant passage à des vaisseaux et des nerfs et à de petits pelotons graisseux, auxquels on a attribué un rôle important dans la production des hernies.

Vue par sa face postérieure, elle revêt la forme d'une gouttière limitée de chaque côté par les muscles droits de l'abdomen et tapissée par le péritoine.

Les aponévroses des muscles larges, ce que Gill Vyllie a appelé « les tendons des muscles transversaux de l'abdomen », ne sont pas les seuls éléments qui entrent dans la constitution de la ligne blanche. « Elle est formée, en outre, dit Poirier, de » fibres longitudinales représentées, à la partie supérieure, » par un faisceau xiphoïdien, et, à la partie inférieure, par » les ligaments sus-pubiens antérieurs et postérieurs que ren» ferment les tendons des pyramidaux et les tendinets que lui » envoie le bord interne des muscles droits ».

Mais avant de venir former la ligne blanche, les aponévroses des muscles larges, en arrivant sur le bord externe des grands droits, s'organisent pour leur former une gaine. La disposition des différents feuillets qui constituent cette gaine varie suivant qu'on l'examine au-dessus ou au-dessous de l'ombilic.

Au-dessus de l'ombilic. — Si on prend la ligne blanche comme point de départ, on la voit se diviser sur le bord interne de chaque muscle en deux feuillets, dont l'un passe en avant, l'autre en arrière du muscle. Le *feuillet antérieur*, après avoir recouvert les deux tiers de la surface du muscle, se subdivise en deux lames : l'une, superficielle, arrivée à trois ou quatre centimètres du bord externe du grand droit, donne insertion aux fibres charnues du grand oblique et constitue son tendon, tandis que l'autre, profonde, se porte en arrière de la précédente, et va s'unir à une autre lame émanant du feuillet postérieur de la gaine. Le *feuillet postérieur*, après avoir recouvert la face profonde du grand droit, se dédouble et donne naissance, lui aussi, à deux autres lames : l'une superficielle, très courte, s'unit au feuillet profond du dédoublement antérieur pour former le tendon du petit oblique ; l'autre, profonde, se porte en dehors et donne insertion aux fibres du transverse. Si on prend comme point de départ les muscles eux-mêmes, en se dirigeant ensuite vers la ligne blanche, on peut résumer en disant que l'aponévrose du petit oblique se dédouble sur le bord externe du grand droit et forme le feuillet antérieur de la gaine en s'unissant au grand oblique, et le feuillet postérieur, en s'unissant au transverse.

Au-dessous de l'ombilic. — La disposition change ici complètement. Le feuillet postérieur de la gaine s'amincit et se réduit bientôt à une couche de tissu cellulaire, qui constitue le *fascia transversalis* ne donnant pas attache aux muscles. Le feuillet

antérieur se divise, comme au-dessus de l'ombilic, en deux lames. L'une, superficielle, donne attache aux fibres du grand oblique, tandis que l'autre, profonde, sert d'insertion commune au petit oblique et au transverse. Ce dernier muscle et le grand droit sont donc en rapport direct avec le *fascia transversalis* en arrière duquel se trouvent le tissu cellulaire sous-péritonéal et le péritoine.

De l'ombilic. — Les parois de l'abdomen se développent d'arrière en avant et de dehors en dedans par l'accroissement des *somatopleures* qui sont formés par la réunion des feuillets ectodermiques et de la lame fibro-cutanée, dédoublement du feuillet moyen. Ces somatopleures, séparés d'abord par une large fente, le *cœlome interne* ou *cavité générale du corps*, se rapprochent peu et se soudent sur la ligne médiane, ne laissant ouvert qu'un point qui constituera l'anneau ombilical. « Le futur » ombilic fœtal, dit Gilis, dans son *Traité d'embryologie*, est » d'abord occupé par le canal omphalo-vitellin, qui fait com- » muniquer la cavité intestinale de l'embryon avec la cavité de » la vésicule ombilicale ; le canal ne tarde pas à se rompre, ses » vaisseaux s'atrophient également et un cordon épithélial plein, » qui disparaît bientôt, est son dernier vestige. Mais c'est le long » des parois du canal omphalo-vitellin que l'allantoïde s'est » développée, et son pédicule renferme, au début, deux artè- » res et deux veines ombilicales. Au quatrième mois de la gros- » sesse, les vaisseaux omphalo-mésentériques et l'une des » veines ombilicales ont disparu ; il ne reste plus alors que » les éléments du cordon. »

Rochet a donné une bonne description de l'anneau ombilical et a montré qu'il était circonscrit par deux faisceaux demi-circulaires qui se dirigent dans le sens transversal. L'inférieur est contourné par les artères ombilicales, tandis que la veine ombilicale contourne le faisceau supérieur.

Que devient l'anneau ombilical après la naissance? Quelles sont la configuration, les dimensions, la structure de l'ombilic ?

L'ombilic est la cicatrice qui succède à l'oblitération de l'anneau ombilical. Il est placé, d'après Tillaux, en général, à la partie moyenne de la ligne blanche, à égale distance de l'appendice xiphoïde et de la symphyse pubienne. D'après Poirier, il serait placé un peu au-dessous ; chez l'enfant, il se trouve quelques millimètres en dessus. Il présente à étudier trois parties : la peau, l'anneau ombilical et le péritoine.

La peau est déprimée, comme invaginée ; elle est mince et fine et n'est pas doublée de tissu cellulaire. Le *fascia superficialis* et la couche graisseuse s'arrêtent au pourtour de l'orifice et forment, à ce point, un bourrelet circulaire plus ou moins considérable. Dans certains cas, cette graisse peut s'engager dans l'anneau et prédisposer ainsi à des entérocèles.

L'anneau ombilical se resserre beaucoup après la naissance; il est formé aux dépens de la ligne blanche qui fait défaut. La peau et le péritoine arrivent directement au contact et adhèrent intimément au pourtour de l'anneau fibreux qui, d'après Rochet, serait renforcé par un second anneau, auquel cet auteur donne le nom de *fascia ombilicalis*. Mais *Tillaux* a constaté que son existence n'était pas constante chez l'adulte.

Blandin attribue à l'anneau ombilical la forme d'une gueule de four, dont la partie cintrée serait placée en haut. Les vaisseaux qui, chez l'enfant, occupent le pourtour de l'anneau, la veine ombilicale en haut, les artères en bas, glissent et viennent se placer à la partie inférieure de la cicatrice, tandis que la partie supérieure reste libre.

Le péritoine recouvre la face postérieure de la cicatrice ombilicale et, fait important à retenir, une adhérence intime s'établit entre la séreuse et la peau, d'ailleurs, très amincie. Il forme à ce point un repli, la faux de la veine ombilicale, qui entoure ce vaisseau et fait une longue saillie, bien visible sur

la face postérieure de la paroi. Il faut, enfin, signaler l'existence constante de paquets adipeux qui, d'après *Tillaux*, occupent l'espace laissé libre entre la veine ombilicale et le rebord supérieur de l'anneau.

De cette rapide esquisse anatomique, plusieurs points importants sont à retenir pour l'étude des éventrations et de leur traitement. Ce sont :

1° La constitution de la ligne blanche, formée surtout par les tendons des muscles larges de l'abdomen ;

2° Le rôle important que jouent tous les muscles abdominaux dans la résistance de la paroi ;

3° L'impossibilité, pour les deux muscles grands droits, de sortir de leur gaine constituée par des aponévroses très fortes, et de glisser sans distendre la ligne blanche ;

4° L'existence, au niveau de la paroi abdominale, au centre de la ligne blanche, d'un point très faible constitué par l'ombilic ;

5° L'adhérence intime de la peau et du péritoine au niveau de l'ombilic sans interposition de tissu cellulaire ou graisseux.

CHAPITRE II

DES DIVERSES ÉVENTRATIONS. — ÉTIOLOGIE. — MÉCANISME. — SYMPTOMES. — DIAGNOSTIC

On trouve, chez l'adulte, l'éventration véritable consécutive, en général, à la grossesse, et l'éventration post-opératoire, qui succède à une intervention chirurgicale. Mais l'enfant peut, lui aussi, présenter des éventrations, et ces lésions méritent une étude spéciale.

1. — Éventration de l'enfant

Il nous faut, de suite, distinguer deux variétés bien différentes par leur importance : l'une est congénitale, l'autre acquise.

1° *Éventration congénitale.* — La réunion des somatopleures n'est complète qu'à la fin du troisième mois de la grossesse, et ce n'est qu'à ce moment que le tube intestinal, libre au début, se trouve enveloppé par l'accroissement des parois, et entièrement enfermé dans la cavité. Si sous l'influence d'une cause, d'ailleurs encore mal connue, il se produit un arrêt de développement, si les deux lames qui doivent former la paroi cessent de se porter en avant, si leurs portions les plus importantes ne peuvent se réunir, le tube digestif restera hors de l'abdomen et l'éventration congénitale sera constituée. Le caractère prin-

cipal de cette affection, qui la distingue nettement de toute hernie, c'est que les viscères sont hors du ventre parce qu'ils n'y sont pas entrés, tandis que, dans la hernie, ils en sont ressortis après y avoir été enfermés.

La portion des viscères ainsi éventrés n'est pas absolument libre ; on la trouve, en général, recouverte par une membrane mince, transparente, qui se continue, d'une part, avec les parois incomplètement développées, et, d'autre part, avec les enveloppes du cordon. Nicaise donne, sur la formation de cette membrane, une explication que nous lui empruntons en entier. Dans la formation de la paroi, entrent les différents feuillets du blastoderme. L'ectoderme est destiné à donner naissance à l'épiderme cutané et, de la lame musculo-cutanée, dédoublement du feuillet moyen, dérive le feuillet séreux du péritoine pariétal ; entre les deux, s'insinue ce que les embryologistes nomment le prolongement somato-pleural de *Schenk*, qui provient de la masse proto-vertébrale et qui est destiné à former le derme, les muscles, les aponévroses et la partie fibreuse du péritoine. Lorsque survient l'arrêt de développement au niveau de ce prolongement, la paroi antérieure ne restera plus constituée que par le feuillet externe et par la lame musculo-cutanée du feuillet moyen.

Le contenu de l'éventration varie avec ses dimensions. Lorsqu'elle est large, elle peut être composée par l'intestin, l'estomac et surtout le foie, qui, chez l'enfant, est très volumineux et reste facilement hors de la cavité ; cette monstruosité est rarement observée, et elle s'accompagne, le plus souvent, de vices de conformation tels qu'imperforation de l'anus, *spina bifida*, pied-bot, oblitération de l'intestin, qui la rendent incompatible avec l'existence.

Si la perte de substance est moins considérable, si elle est fermée en avant par une membrane plus résistante, mieux organisée, le contenu de l'éventration se réduit à une partie

plus ou moins longue d'intestin ; la lésion est curable. *Debout*, dans son *Mémoire sur les hernies congénitales*, rapporte un assez grand nombre de guérisons spontanées ; Schmidt apprécie à 50 0/0 la moyenne de la mortalité.

2° *Éventration acquise de l'enfant.* — L'éventration acquise des enfants se produit rarement.

Et lorsqu'elle se produit, elle n'est pas souvent signalée, à cause du peu de durée qu'elle présente, grâce à sa guérison spontanée. Elle ne se développe guère que chez des enfants prédisposés par leur faiblesse constitutionnelle, et, à ce point de vue, l'hérédité joue un rôle important. Chez ces enfants malingres, le plus souvent rachitiques, les tissus sont mous, le ventre ballonné. Avec une paroi peu résistante, relâchée, *Dauriac* a souvent trouvé des anneaux inguinaux largement ouverts et une pointe de hernie. Cette disposition héréditaire est aidée encore par une mauvaise hygiène. Si l'enfant est sevré trop rapidement, s'il est soumis à une alimentation vicieuse et trop abondante, l'abdomen augmente de volume et la ligne blanche se distend. Les efforts de toux, les coliques et les étreintes qu'elles entraînent, l'absence de bandage solide autour du ventre, sont autant de causes pouvant faciliter la production de l'éventration.

Il est aisé de constater cette affection chez l'enfant. Dans les efforts de toux, on observe une tumeur qui se forme au milieu de la paroi abdominale et qui disparaît au repos. En plaçant les doigts à ce niveau, on sent une paroi mince, se laissant facilement déprimer et limitée de chaque côté par deux cordes plus rigides, qui sont les muscles droits écartés de leur position normale.

Cette éventration, comme nous l'avons dit, n'a guère de tendance à augmenter, et guérit le plus souvent sous l'influence d'un traitement bien dirigé.

II. — Eventration vraie, primitive de l'adulte.

Quénu accorde à cette seule variété le nom d'éventration, et, pour la distinguer de l'éventration post-opératoire et des grosses hernies ombilicales, il en a donné une définition très nette : « La véritable éventration, dit-il, est celle qui ne s'accompa- » gne d'aucune solution de continuité de la ligne blanche, et » dans laquelle l'espace fibreux qui sépare les bords internes » des muscles grands droits de l'abdomen est simplement dis- » tendu et élargi ».

Ainsi, deux modifications dans la paroi abdominale caractérisent l'éventration primitive : c'est la distension de la ligne blanche et l'écartement des deux muscles grands droits.

1° Etiologie

Mécanisme. — La grossesse est la cause ordinaire de l'éventration. A l'inverse de ce qui se passe dans la cavité thoracique, qui, distendue par l'effort des muscles inspirateurs, tend à diminuer de volume lorsque ces muscles reviennent au repos, la masse intestinale présente une tendance continuelle à faire issue hors de la cavité de l'abdomen. On sait les efforts que le chirurgien est obligé de faire dans une laparotomie, les diverses positions qu'il doit donner au malade pour empêcher l'issue en masse de l'intestin. A l'état physiologique, la résistance à cette force est représentée par l'ensemble musculaire et aponévrotique qui forme la paroi ; mais, si, à cette force, vient s'en ajouter une nouvelle plus puissante, les muscles abdominaux auront à lutter plus énergiquement ; c'est ce qui se produit dans la grossesse. L'utérus, de plus en plus distendu par

le développement du fœtus, abandonne la cavité du bassin et arrive dans l'abdomen. Là, il se porte en général en avant et vient buter contre la paroi qui réagit par la contraction de ses muscles ; si une partie cède pour faire place à l'utérus, ce sera sa partie la plus mince et la plus extensible, qui n'est autre que la ligne blanche.

Maintenue à ses deux extrémités par ses insertions osseuses, à ses deux bords par la gaine des muscles, elle se distend, et ses dimensions transversales augmentent. Les muscles glissent sur les côtés, mais sans sortir de leur gaine, et leur écartement s'accentue. Lorsqu'au moment de l'accouchement, par suite de l'expulsion du fœtus, l'utérus reprend son volume normal, il se produit un espace vide bientôt envahi par la masse intestinale, qui vient, à son tour, repousser la ligne blanche, s'engager entre les deux muscles grands droits et former ainsi tumeur sur un plan antérieur au plan de la paroi.

L'éventration est alors un fait accompli.

Disons tout de suite que cette lésion ne s'observe guère après une seule grossesse. Ce n'est que par des distensions répétées que la partie aponévrotique de la paroi perd son élasticité et ne peut plus revenir à ses dimensions primitives ; elle forme ainsi une vaste poche destinée à recevoir les viscères sortis de la cavité qui les renferme normalement.

D'où vient que l'éventration ne se produit pas chez toutes les accouchées ? et quelles sont les causes prédisposantes qui viennent se surajouter à la grossesse, qui est la cause effective ?

Il est un fait presque toujours signalé : c'est le défaut de soins pendant le post-partum. La femme s'est levée très peu de temps après son accouchement ; elle a repris le cours de travaux pénibles, sans prendre aucune précaution destinée à favoriser la rétraction de l'utérus et de la paroi ; elle n'a fait usage d'aucun bandage.

Une prédisposition très grande à l'éventration se retrouve

encore dans l'obésité. La ligne blanche est, nous le savons, traversée par de petites ouvertures livrant passage à de petits pelotons adipeux. L'adipome, en favorisant le nombre et le volume de ces paquets graisseux, aurait pour effet de diminuer la résistance de l'aponévrose.

Tout agent qui agira sur la paroi abdominale comme le fait la grossesse pourra devenir lui aussi une cause d'éventration ; il faut, nous le savons, deux éléments : augmentation de volume du contenu de l'abdomen et disparition rapide de ce volume. Ces conditions peuvent se retrouver dans l'existence de certaines tumeurs, abcès, kystes, fibromes des différents viscères, qui peuvent atteindre un certain volume et que le chirurgien fait ensuite disparaître par la voie vaginale ; ce mode étiologique est d'ailleurs très rare.

Un autre mécanisme d'éventration, lui aussi peu fréquent, est celui qui se produit par le fait d'un amaigrissement rapide. On sait les proportions énormes que peuvent prendre la paroi de l'épiploon chez certaines personnes ; si, sous l'influence d'un état cachectique rapide, cette masse disparaît, la ligne blanche distendue ne pourra revenir à ses dimensions normales, et l'intestin viendra se projeter entre les deux muscles grands droits.

Une ascite considérable, évacuée par une ponction, peut encore donner lieu au même résultat.

Mais, nous le répétons, ces derniers modes étiologiques sont très rares et restent quantité négligeable si on les compare à la grossesse qui constitue l'étiologie la plus fréquente.

2° Symptômes

Pour constater l'existence de l'éventration primitive, le clinicien a à sa disposition des signes physiques et des signes fonctionnels.

a) Signes physiques. — Ce sont : la tumeur, l'écartement des muscles grands droits de l'abdomen, la sonorité exagérée, le gargouillement intestinal.

Tumeur. — Ce symptôme présente ce signe particulier qu'il diffère, suivant qu'on examine la malade debout ou couchée. Lorsque la malade est debout, au repos et surtout après la marche, on constate que le ventre est comme projeté en avant ; la cavité abdominale semble s'être vidée, et la masse intestinale est venue se placer entre les deux muscles, où elle fait une saillie plus ou moins considérable suivant le degré de l'éventration. Si on place la malade dans le décubitus dorsal, la tumeur se réduit spontanément, et on constate à sa place une dépression ; à ce niveau, la paroi est flasque ; le plan aponévrotique existe bien, mais ne peut plus opposer de résistance et on peut enfoncer profondément la main dans cette gouttière.

Écartement des muscles grands droits. — Ils n'occupent plus leur place normale, et leur écartement peut atteindre 10, 12 et même 15 centimètres ; il se réduit, lorsqu'on les fait contracter. Pour ce faire, on peut pratiquer la petite manœuvre indiquée par Tillaux. « Il suffit, dit-il, le sujet » étant couché, de lui dire de se mettre sur son séant et de » faire obstacle à ce mouvement à l'aide de la main appuyée » sur la poitrine ; chaque muscle droit forme alors une corde » rigide et l'on sent distinctement l'écartement de leur bord » interne. »

Gargouillement. — Ce gargouillement, que l'on produit à volonté, s'explique par la facilité que l'on a de presser directement sur l'intestin par suite de la faiblesse de la paroi. On a la masse intestinale sous la main, et le moindre effort suffit à la refouler et à produire ce symptôme.

Sonorité exagérée. — La percussion, au niveau de la partie éventrée, révèle une élévation de la tonalité, qui marque les limites de la lésion : cela tient à ce que, entre l'intestin et le doigt qui percute, il n'y a qu'une portion mince qui laisse subsister la sonorité de l'intestin.

b) Signes fonctionnels. — Leur importance s'accuse avec l'accroissement de l'éventration. Dans les débuts, la malade se plaint seulement de faiblesse générale ; elle ne peut plus vaquer à ses occupations ordinaires ; la marche, l'ascension d'escaliers la fatiguent très vite. A ce moment, quelques troubles gastriques, de la constipation, accompagnés de douleurs lombaires font leur apparition ; ils dominent bientôt la situation et sont la suite naturelle de la ptose générale qui accompagne toute éventration. Les vomissements, les douleurs gastriques surviennent par crises. L'utérus peut se mettre en antéversion, mais, le plus souvent, par relâchement de ses ligaments, il tombe en prolapsus.

Arrivé à ce point, le tableau de l'éventration s'assombrit encore par la production de troubles graves du côté des appareils respiratoire et circulatoire.

L'éventration, qui est facilitée par l'emphysème, semble agir à son tour pour augmenter les quintes de toux.

A l'emphysème succèdent bientôt des lésions cardiaques dues à la gêne de la circulation dans le poumon. Les troubles d'asphyxie apparaissent, les lèvres sont violacées, la respiration gênée et, fait à noter, ces phénomènes s'accentuent lorsqu'on essaye de réduire l'éventration. Les membres inférieurs sont œdématiés, variqueux, et une terminaison fatale ne tarde pas à se produire, si le chirurgien n'intervient pas.

3° Diagnostic

Il tend surtout à distinguer l'éventration de la hernie ombilicale, bien différente par ses lésions et symptômes. On n'a plus affaire ici à une lésion de la ligne blanche ; cette partie aponévrotique est intacte, et les muscles droits occupent leur position normale. Seul, l'ombilic a subi la pression des viscères et a cédé à cette pression. Le péritoine s'est peu à peu laissé repousser par le contenu de la hernie, et ce glissement est presque toujours favorisé par le tiraillement d'un peloton graisseux pré-herniaire, mécanisme bien expliqué par Lucas Championnière. Il se constitue ainsi un sac passant à travers un anneau formé aux dépens de l'anneau ombilical. Lorsque les dimensions de la hernie augmentent, l'anneau se distend de plus en plus, le sac s'agrandit; mais ces éléments suffisent pour distinguer la hernie de l'éventration, dans laquelle on ne trouve ni sac, ni collet, ni anneau.

De plus, alors que dans l'éventration, on trouve une faiblesse bien accusée de toute la paroi abdominale, dans la hernie ombilicale, l'ensemble de la paroi a conservé sa résistance, et la lésion s'est révélée au début par une tumeur petite, arrondie, réductible, qui s'est montrée exactement au niveau de l'ombilic.

Les symptômes types de l'éventration, écartement des droits, tumeur considérable occupant toute la ligne blanche avec gouttière au repos, ne se retrouvent pas dans la hernie.

Mais le diagnostic devient plus difficile, lorsque la hernie ombilicale a acquis un volume considérable, et il ne repose alors que sur le mode de développement et la marche de l'affection.

III. — Eventration post-opératoire.

L'éventration post-opératoire est une affection caractérisée par l'issue des viscères à travers le plan aponévrotique de la paroi au niveau d'une cicatrice consécutive à une intervention chirurgicale. Pour une cause quelconque une laparotomie a été pratiquée ; l'opération terminée, la paroi a été refermée. La ligne de suture paraît bien établie, le malade se lève, toute complication semble écartée, et, sous l'influence d'un effort, souvent spontanément, une tumeur apparaît sur la ligne de suture. La cicatrice cutanée se maintient, ce sont les feuillets aponévrotiques qui se sont désunis.

L'incision a été invoquée comme cause d'éventration. On a remarqué qu'elle se produisait plus facilement lorsque l'incision était plus rapprochée du pubis que du sternum, et on l'a expliquée par le voisinage de la vessie et la destruction des pyramidaux ; les changements de volume constants de cet organe s'opposeraient à la consolidation des sutures, et la destruction des pyramidaux supprimerait une force très importante. Nous ne croyons pas que cette hypothèse ait grande valeur, et nous n'attachons guère plus d'importance à la longueur de l'incision.

Il n'est pas rare de voir des éventrations se produire alors que l'incision ne mesurait que quelques centimètres, tandis qu'elle ne se produit pas avec des ouvertures allant presque du sternum au pubis.

Nous reconnaissons plus volontiers comme causes fréquentes d'éventration des procédés spéciaux nécessités par certaines opérations ; nous voulons parler de la marsupialisation et de la fixation d'un pédicule dans la plaie superficielle. Il est aisé de comprendre qu'un moignon interposé entre les feuillets

aponévrotiques empêche les sutures de se consolider et que, par suite de rétraction de ce pédicule, il se produise, plus tard, une ouverture laissant échapper l'intestin ; la marsupialisation peut entraîner le même résultat en laissant subsister pendant un temps plus ou moins long une solution de continuité de tous les plans et en leur interposant une membrane étrangère, une paroi kystique.

L'éventration post-opératoire a le plus souvent pour point de départ le défaut de réunion par première intention et la suppuration de la ligne des sutures.

Certains chirurgiens américains avaient proposé, dans la cure radicale des hernies, de laisser suppurer la plaie et prétendaient obtenir ainsi une cicatrice plus résistante. Cette pratique, qui a eu d'ailleurs très peu de partisans, est inadmissible.

On peut, d'après *Royer,* dans la consolidation d'une cicatrice, considérer trois phases : l'oblitération mécanique qui s'obtient par la force des fils que place le chirurgien ; l'oblitération temporaire, phase pendant laquelle les tissus se soudent les uns aux autres ; et enfin l'oblitération définitive qui est obtenue lorsque les tissus sont soudés et ne peuvent plus s'écarter.

Si on laisse établir la suppuration, on prolonge la phase d'oblitération temporaire ; les fils ne présentent pas assez de résistance pour s'opposer seuls pendant longtemps à la force des viscères, les tissus en pleine suppuration se laisseront de leur côté distendre et séparer avant que l'oblitération soit devenue définitive.

La suppuration peut s'établir contre la volonté du chirurgien, et la cause peut en être, soit aux fils insuffisamment stérilisés, soit aux instruments, soit enfin à un pansement mal fait permettant au malade d'atteindre la plaie et de l'infecter.

Certaines causes prédisposent à l'éventration post-opératoire et hâtent son apparition.

L'état antérieur de la paroi n'est pas sans importance : une paroi distendue par un kyste ou par des grossesses répétées, couverte de vergetures, résistera moins bien qu'une paroi indemne.

Il arrive enfin souvent que la cause accusée par le malade est un effort, produit sous l'influence de la toux ou de violents vomissements, que ces phénomènes se produisent immédiatement après l'opération ou qu'ils surviennent longtemps plus tard.

Il serait difficile de décrire d'une manière précise les lésions et les symptôme de l'éventration post-opératoire.

Les lésions diffèrent avec le genre d'opération qui les a produites et avec la manière dont s'est effectuée l'éventration. Ici on n'a plus affaire à un écartement régulier des muscles et à un état de distension de la ligne blanche. Le chirurgien trouve au milieu de tissu cicatriciel un ou plusieurs points amincis. Il lui est souvent impossible de distinguer l'aponévrose de la séreuse. La couche musculaire elle-même est modifiée dans sa disposition, sa couleur, son volume ; elle fait parfois complètement défaut, et l'ensemble est remplacé par du tissu fibreux. Toutes les parties de la paroi abdominale ont parfois subi une rétraction, une atrophie qu'il est assez difficile d'expliquer. Serait-elle produite par le repos prolongé imposé à la suite de l'opération ? Serait-elle due, pour les muscles, à un processus particulier qui se produirait sous l'influence de la section de leurs tendons représentés ici par la ligne blanche ?

Cette atrophie des tissus de la paroi est un des symptômes dominants de l'éventration post-opératoire. On sent cette faiblesse de la paroi s'accuser de plus en plus, et bientôt on voit se montrer une tumeur irrégulière qui présente, comme dans

l'éventration primitive, des gargouillements faciles à provoquer et de la sonorité exagérée.

Tous les symptômes fonctionnels que nous avons décrits, à propos de l'éventration véritable, trouvent ici leur place. Mais ils sont moins accusés, la marche de l'affection étant beaucoup plus lente et plus facile à retarder par des soins appropriés.

Le diagnostic de l'éventration post-opératoire est facile et repose sur l'apparition, *au niveau d'une cicatrice* de laparatomie, d'une tumeur présentant tous les caractères d'une hernie.

CHAPITRE III

TRAITEMENT EN GÉNÉRAL

Le traitement comprend, non seulement l'étude des moyens propres à combattre une éventration déjà constituée, mais encore l'étude de ceux qui tendent à prévenir sa production. D'où un traitement prophylactique et un traitement curatif.

Traitement prophylactique

Dans l'éventration congénitale, la lésion se produit au moment de la grossesse, et on n'a alors aucune ressource pour agir sur le fœtus ; il en est autrement dans l'éventration acquise de l'enfant. Des principes étiologiques que nous avons énoncés découlent les indications que nous devons remplir en présence d'un enfant prédisposé à l'éventration. Une médication générale cherchera à remédier à la faiblesse de constitution de l'enfant ; elle luttera aussi contre les causes de la toux et contre les vomissements. Cette médication trouvera un puissant appui dans l'hygiène et surtout dans la surveillance de l'alimentation. On sait le rôle important que certains auteurs font jouer à l'alimentation défectueuse dans la production du carreau, du rachitisme; on ne sauraitle méconnaître. Au point de vue qui nous occupe, nous devrons sévèrement proscrire une alimentation prématurée, trop abondante, irrégulière. Nous

éviterons ainsi la production des troubles gastro-intestinaux, de coliques, de vomissements, qui, par les efforts et les cris qu'ils provoquent, tendent à augmenter le volume du ventre et par cela même à produire des éventrations.

Dans l'éventration véritable consécutive à la grossesse, si une nouvelle grossesse survient, les soins consécutifs à l'accouchement devront être l'objet de toute l'attention : prolongation du séjour au lit, pendant un mois au moins ; compression ouatée à la bande de flanelle prolongée très longtemps ; reprise des travaux pénibles remise le plus tard possible.

Pour prévenir *toute éventration post-opératoire*, on devra surveiller tous les temps de l'opération, mais surtout le temps des sutures. Quant au mode de sutures à adopter, nous nous contenterons de nous en rapporter aux conclusions de *La Torre*, de Rome, au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Genève de 1896. Cet auteur recommande de suturer séparément : 1° le péritoine ; 2° quand on le peut, les feuillets profonds de la gaine des droits ; 3° les muscles droits ; 4° les feuillets superficiels de la gaine musculaire ; 5° la peau.

Ce mode de fermeture pourra paraître trop compliqué, et la suture à trois étages semble suffisante dans la plupart des cas.

Quel que soit le mode de fermeture adopté, ce temps doit être accompli avec beaucoup de minutie. On devra apporter tous ses soins au choix du fil à employer et à la manière de placer les points, soit en surjet, soit séparés. L'affrontement, surtout au niveau des parties profondes, devra être parfait.

Enfin tous les principes de l'asepsie la plus complète seront observés tant pour la personne du malade, du chirurgien et de ses aides, que pour les instruments et les objets de pansement.

Traitement curatif

Outre l'hygiène déjà signalée, il comprend le massage, l'hydrothérapie, l'électrothérapie, la gymnastique, le port d'un bandage et enfin la cure radicale. Nous n'entrerons pas dans le détail de ces différents moyens ; nous nous contenterons de donner quelques sommaires indications, nous réservant d'insister sur la cure radicale.

Massage et *Gymnastique.*— Ce sont là d'excellents procédés pour rendre aux muscles de la paroi abdominale la force et le volume qu'ils ont perdus. Ils porteront surtout sur les muscles grands droits, mais ne devront pas négliger les muscles larges ; ils comprendront toutes les variétés.

L'*Hydrothérapie* employée en bains ou encore en douches locales ou générales, en donnant plus de vigueur à l'ensemble de l'organisme, constituera un moyen qu'il ne faudra pas négliger.

Electrothérapie. — On sait la puissance de cet agent sur le système musculaire. Il n'est pas de praticien qui n'en ait essayé les effets et qui n'ait vu des muscles complètement atrophiés, desséchés, reprendre leur volume primitif et regagner leur force ; il est donc tout indiqué dans le traitement de l'éventration. Les appareils à courants interrompus auront quelque action ; mais il faut leur préférer sans contredit les appareils à courants continus. Les séances répétées tous les jours auront une durée moyenne de 10 minutes, et porteront sur l'ensemble des muscles abdominaux.

Le *port d'un bandage*, très utile pour la prophylaxie, rend de grands services dans le traitement curatif. Tout enfant atteint

d'éventration devra être porteur, soit d'une ceinture spéciale, soit d'une simple bande de flanelle. Une bande longue de 10 mètres, large de 15 centimètres, sera enroulée sur toute la largeur de l'abdomen, en commençant par la partie inférieure. Les tours, assez serrés, sont maintenus par des épingles anglaises et des sous-cuisses viendront compléter cet appareil.

Pour une éventration de l'adulte pour laquelle on refusera une intervention plus active, il faudra proscrire le corset ordinaire et employer, soit le corset de Gache-Sarraute, soit la sangle de Glénard ou encore la ceinture abdominale ordinaire. Mais, en général, c'est à la cure radicale qu'on devra avoir recours.

CHAPITRE IV

HISTORIQUE. — REVUE DES DIVERS PROCÉDÉS

Nous nous trouvons obligé, dans ce chapitre, de sortir de nos limites et de rapporter divers manuels opératoires indiqués pour la cure radicale de la hernie ombilicale, qui sont applicables aussi au traitement de l'éventration. Dans ces interventions il est un temps qui n'a pour nous aucun intérêt : c'est celui qui concerne la réduction de la hernie et la résection du sac ; mais les temps qui se rapportent à la fermeture de la plaie peuvent s'adapter à l'opération qui nous occupe. Pour l'historique, nous faisons de larges emprunts à la communication faite par *Gouilloud* au *Lyon Médical*, sur la prophylaxie des éventrations post-opératoires.

La première intervention pour éventration semble pouvoir être attribuée à Gerdy, en 1836. Il appliqua à ce cas son procédé de cure radicale de hernie, qu'il venait de publier. Voici en quoi consiste son procédé : après avoir refoulé dans la position horizontale le contenu de la hernie, il invaginait le sac et en fixait le fond à la paroi antérieure du canal ; il l'avivait avec un caustique, le plus souvent avec de l'ammoniaque, puis fermait par quelques points de suture l'orifice extérieur. Il traita de la même manière un cas d'éventration et obtint un succès.

Quelque temps après, *Hadlich* fait paraître une communication sur deux cas d'éventration traités par lui d'après la mé-

thode *Simon*, et, à ce propos, il décrit en détail les divers temps de l'opération.

Après avoir réduit l'éventration, on déprime fortement la peau dans la cavité de l'abdomen ; puis, on fait sur les bords de l'excavation ainsi obtenue une incision circulaire qui pénètre jusqu'aux couches profondes du tissu cellulaire sous-cutané, de façon à avoir un avivement de deux centimètres de large. Il s'agit alors d'appliquer des sutures qui sont destinées à refouler la portion de la paroi comprise en dedans de l'incision et à réunir les bords externes de cette incision. On place d'abord les points intéressants les lèvres internes de l'incision ; puis, au-dessus, on pratique des points superficiels qui rapprochent les lèvres externes et qui, en se resserrant, invaginent pour ainsi dire la portion de la paroi qui soutenait auparavant l'éventration. On place ainsi au devant de la masse, au point où elle avait refoulé la paroi, une sorte de tampon fermé par la partie invaginée.

Outre les deux cas cités par *Hadlich* et couronnés d'un plein succès, *Maas* tente l'opération de *Simon*, et obtient, dit-il, un très beau résultat.

Quelque temps après, c'est *Balandin* qui cite une nouvelle cure, suivie d'un résultat satisfaisant.

Malgré les résultats excellents fournis par cette méthode, elle est, aujourd'hui, complètement abandonnée. L'opération très compliquée n'a plus de raison d'être de nos jours, où l'on ne redoute plus autant de voir et même de blesser le péritoine. Il n'est pas nécessaire de recourir à ce procédé qui, pour être ingénieux, ne s'adresse pas directement à la lésion et ne restaure pas la ligne blanche endommagée par l'éventration.

A côté de la méthode de *Simon*, il faut en citer une autre à laquelle s'attache le nom de *Chrobach*, qui l'a mise en honneur.

Après avoir fait sur la partie médiane une incision compre-

nant toute la hauteur de l'éventration, *Chrobach* dissèque le tissu sous-cutané et la portion aponévrotique, et arrive sur le péritoine. Sans ouvrir la séreuse, il la refoule vers la cavité de l'abdomen et applique un premier plan de sutures profondes, qui comprend le plan fibreux et le plan musculaire. Il fait, ensuite, de chaque côté de la plaie une résection de la peau qui est en surplus, et applique une suture superficielle sur le plan cutané.

Cette méthode peut donc se résumer ainsi : refoulement du péritoine ; résection de la peau : deux plans de suture, un premier musculo-aponévrotique ; un deuxième cutané. Cette méthode laisse subsister un point faible, l'ombilic, et, de plus, son mode de fermeture de la paroi nous paraît insuffisant.

Maydl publie sa méthode, qui se distingue des deux précédentes par l'ouverture du péritoine. Après avoir incisé la peau et disséqué le tissu cellulaire jusque sur la séreuse distendue par l'éventration, *Maydl* ouvre franchement la cavité péritonéale. Refoulant l'intestin, il excise une portion de la séreuse et place un premier plan de sutures comprenant les deux lèvres ainsi avancées. Il va alors à la recherche des muscles grands droits, ouvre leur gaine et place un second plan de suture sur les feuillets postérieurs de ces gaines ; un troisième surjet comprend, en même temps, les muscles et les feuillets antérieurs des gaines. La plaie cutanée est fermée à points séparés au fil métallique. *Maydl* préconise le drainage et place son tube à drain immédiatement au-dessus du péritoine, entre le premier et le deuxième plan de sutures.

En 1883, *Lawson-Tait* avait indiqué un dédoublement particulier des parties aponévrotiques. Ce procédé fut perfectionné par *Zænger*, qui le décrit plus en détail et règle bien ce point particulier de l'opération de *Lawson-Tait*. Après avoir découvert le plan aponévrotique et l'avoir incisé sur la ligne médiane, *Zænger* pratique une incision suivant un plan parallèle à la paroi

et au péritoine pariétal. Il obtient ainsi, de chaque côté, deux plans : 1° un plan fibro-péritonéal ; 2° un plan fibro-cutané. Chacun de ces plans est suturé à celui du côté opposé. On obtient ainsi sur la ligne médiane une crête résistante qui remplace la ligne blanche.

C'est là une opération compliquée que peu de chirurgiens ont adoptée à cause de la difficulté du dédoublement qui constitue un point très délicat pour peu que la paroi soit mince.

Lucas Championnière, dans son *Traité des hernies*, adopte la suture à trois étages que préconise aussi *Berger* dans le *Traité de chirurgie*. *Rontier* pratique, lui, une méthode plus simple. Il se contente d'une suture qui comprend tous les plans.

Nous arrivons, après toutes ces méthodes, à un procédé bien différent, remarquable, surtout, par l'ouverture de la gaine des droits. *Dauriac* en attribue la priorité à *Quénu*, qui aurait pratiqué deux opérations le 22 janvier et le 6 avril 1893, mais qui n'en aurait publié les résultats qu'après une communication de *Gersuny*. Le procédé a été appliqué, d'abord, à la cure radicale de la hernie ombilicale, et il est décrit en entier dans la thèse de doctorat de *Royer*. Mais ce n'est qu'en 1896 que *Quénu* a communiqué à la Société de chirurgie un cas d'éventration véritable traité par cette méthode.

Quénu rejette l'ouverture du péritoine comme inutile. Il se porte à la recherche des muscles droits et ouvre leur gaine sur le côté interne, dans toute la hauteur de l'éventration. Il crée ainsi plusieurs plans qu'il faut maintenant réunir. Il place un premier surjet sur les feuillets propres de la gaine des grands droits de l'abdomen, en prenant soin, au-dessous de l'ombilic, de faufiler le *fascia transversalis*. Un deuxième surjet rapproche les masses transversales musculaires elles-mêmes. On réunit par un troisième surjet les feuillets superficiels de la gaine des muscles, et ce temps est le plus difficile à cause de

l'éloignement des deux lèvres qui doivent se réunir. Enfin, une dernière suture est placée sur la peau.

Le procédé de *Quénu* rejette l'omphalectomie que beaucoup d'auteurs admettent dans la cure radicale de la hernie ombilicale. Ce temps de l'opération consiste dans l'ablation de l'ombilic. *Bœkel* attribue le mérite de la première omphalectomie à *Keen*, qui l'aurait pratiquée en 1888. Mais, dès 1877, *Tillaux* disséquait résolument les bords de l'anneau pour avoir un meilleur avivement : il terminait, d'ailleurs, par un seul plan de suture. *Pozzi*, à la même époque, agissait de même, mais introduisait en France la suture à étages. Dès 1880, il rapprochait les muscles en pratiquant des incisions verticales qui, dégageant les parties latérales, permettaient un glissement plus facile. En 1891, *Hartmann* pratiquait l'omphalectomie avec suture à trois étages.

Mais il faut arriver à *Condamin* pour avoir une description détaillée et précise de cette opération. *Condamin* a fait paraître sur ce sujet une communication aux « Archives provinciales de Chirurgie » et a inspiré la thèse de doctorat de *Royer*. Son opération, d'abord pratiquée sur le cadavre, a été renouvelée à plusieurs reprises sur le vivant. Voici sa description.

Il y a deux procédés d'omphalectomie : le premier, pratiqué par *Chandelux*, a pour but la restauration de la ligne blanche. Après incision elliptique de la peau et du tissu sous-cutané, on soulève les deux angles de la peau par une anse de fil métallique, puis on incise la séreuse en passant en dehors de l'anneau, mais sans empiéter sur la gaine des droits, ni sans l'ouvrir. La portion de ligne blanche que l'on laisse subsister en dedans du bord interne de cette gaine est réunie par une suture à la portion du côté opposé, et l'on reconstitue ainsi une ligne blanche.

Le deuxième procédé d'omphalectomie supprime la ligne blanche en même temps que l'ombilic. L'incision qui doit enle-

ver l'ombilic porte plus en dehors et arrive sur le bord interne de la gaine des droits. Le mode de suture comprend trois plans. Un premier plan ferme la séreuse et le feuillet propre de la gaine des droits. Un deuxième plan comprend le muscle et le feuillet superficiel. Un troisième plan porte sur la peau et le tissu cellulaire. On le comprend, après une telle opération, il ne reste plus sur la ligne médiane aucune trace de bande fibreuse qui pourrait rappeler la ligne blanche ; on a une succession de plans séreux, fibreux, musculaires, fibreux et cutané. Aucun point plus faible ne subsiste puisque l'ombilic a été enlevé. La résection de l'ombilic a encore l'avantage de fournir, pour les sutures, des tissus plastiques plus aptes à former de bonnes cicatrices. On pourrait objecter que l'omphalectomie a l'inconvénient d'enlever une portion de paroi trop considérable et d'empêcher ou tout au moins de rendre très difficile la réunion des lèvres de la plaie. Cette objection tombe par le fait même de la clinique et de l'expérimentation. Dans ses expériences sur le cadavre, grâce surtout au fil métallique qu'il a soin de passer temporairement aux deux angles de la plaie pour aider le rapprochement, Condamin n'eut aucune peine à réunir la plaie. D'ailleurs l'omphalectomie est une opération qui se pratique aujourd'hui couramment.

Il nous faut, pour terminer, parmi les procédés qui admettent l'omphalectomie et se recommandent par leur ingéniosité, signaler le procédé de *Dauriac*, qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

Dauriac ne se contente plus de supprimer la ligne blanche en rapprochant les muscles et en les suturant l'un à l'autre ; il entrecroise les muscles sur la ligne médiane. Dans une première communication, il indique un manuel opératoire prescrivant l'entrecroisement total des corps musculaires. Mais cet entrecroisement total avait l'inconvénient d'interrompre la continuité du muscle, et dans sa nouvelle méthode, qui a fait

l'objet d'une clinique de M. *Tillaux, Dauriac* remédie à cet inconvénient en adoptant l'entrecroisement partiel.

Dauriac a appliqué son opération sur deux malades, et les résultats ont été satisfaisants. Voici en quoi consiste son opération.

Après une incision elliptique, il enlève largement l'ombilic et referme immédiatement la plaie péritonéale. Il se porte sur la gaine des muscles droits qu'il incise sur son bord interne et dégage le muscle de ses adhérences. Il pratique ensuite la taille de ces lambeaux musculaires. Ces lambeaux mesurent, comme dimension, dans le sens vertical, toute la hauteur de l'incision péritonéale ; dans le sens transversal, le 1/3 interne de la longueur du muscle. Ils restent adhérents par leur partie inférieure et sont coupés dans leur partie supérieure par un trait nettement transversal. Entrecroisant ensuite chacun de ces lambeaux, il les rattache au muscle du côté opposé et emploie pour ses sutures un surjet spécial. Il comble ensuite par un point de suture le petit espace laissé vide entre le corps du muscle et l'entrecroisement des deux petits lambeaux. L'opération se termine en suturant les feuillets superficiels des gaines et les lambeaux cutanés.

Ce procédé a donné, nous dit son auteur, d'excellents résultats. Il renforce la paroi abdominale mais présente une difficulté assez grande, surtout dans le temps des sutures musculaires et prolonge une opération déjà fort délicate.

CHAPITRE V

CURE RADICALE. — DESCRIPTION DU MANUEL OPÉRATOIRE

Tous les procédés que nous venons de passer en revue tendent à réparer les lésions de l'éventration par des moyens qui vont de la suture unique comprenant tous les plans jusqu'à la suture à quatre étages comprenant tour à tour chacun de ces plans.

Nous avons vu pratiquer par notre Maître, M. le docteur Reboul, une méthode qui emprunte à Condamin son mode d'omphalectomie et à Quénu son mode de suture. L'intervention ainsi comprise se compose de quatre temps :

1er Temps. — Incision avec omphalectomie ;

2e Temps. — Découverte et toilette des muscles grands droits de l'abdomen ;

3e Temps. — Suture des plans profonds ;

4e Temps. — Excision de la peau et suture cutanée.

1er Temps. — *Incision avec omphalectomie.* — L'incision est elliptique ; elle se compose de deux traits de bistouri passant l'un à droite, l'autre à gauche de l'ombilic, et qui vont se réunir aux deux extrémités à angle très aigu ; elle doit être franche et porter dès le premier trait jusque dans le tissu cellulaire. Ces dimensions sont réglées par le volume de l'éventration. Il faut qu'elle dépasse de un ou deux centimètres la limite de la partie éventrée, pour permettre de découvrir

mode dans une plaie rendue souvent profonde par l'épaisseur du tissu adipeux.

Les surjets à placer sont au nombre de trois :

Une première suture réunit l'un à l'autre les feuillets profonds de la gaine des droits. Elle est facile à pratiquer. Il faut prendre l'aponévrose assez loin de son bord libre, de manière à former sur la partie médiane une sorte de crête épaisse, due à l'accolement des deux parties suturées ;

La *deuxième suture* intéresse les deux muscles grands droits de l'abdomen. Beaucoup de praticiens rejettent cette suture, ou, s'ils l'admettent, ils la modifient en comprenant dans le surjet, en même que le muscle, un des feuillets de l'aponévrose ; ils veulent éviter ainsi les déchirures musculaires et les hémorragies qu'entraînent les tiraillements exercés sur les fibres. Mais ces inconvénients ne sont pas considérables et sont compensés par la solidité que l'on gagne en plaçant sur le trajet même de l'éventration un plan musculaire épais et très résistant. On peut, d'ailleurs, diminuer les chances de déchirures en fixant les points, autant que possible, au niveau des zones fibreuses. Quant aux hémorragies, d'ailleurs très peu importantes, il suffit de serrer fortement le surjet ; la compression que l'on exerce ainsi suffit à fermer les artérioles ;

La *troisième suture* porte sur les feuillets superficiels de la gaine des droits. C'est le point le plus difficile de l'opération. Cette difficulté s'explique bien par l'éloignement des deux lames qui doivent être rapprochées. Il faut arriver à gagner toute la distance perdue par l'éventration, distance qui peut mesurer jusqu'à 10 ou 12 centimètres ; l'aide doit intervenir en appuyant les deux mains sur les parties latérales de l'abdomen pour essayer de ramener en avant toute l'ampleur de la paroi ; le chirurgien placera, s'il le faut, quelques points provisoires, et, après avoir pratiqué un premier surjet de haut en bas, il pourra revenir de bas en haut pour

fermer les parties qui ne seraient pas réunies. En aucun cas, il ne doit laisser de côté ce surjet, et si la réunion est impossible, il se contentera d'appliquer une suture entrecroisée, c'est-à-dire de faire au-devant du plan musculaire un véritable treillis de fils pour maintenir, autant que possible, les parties en contact.

4^me^ Temps. — *Excision de la peau et suture cutanée.* — La réduction de l'éventration dans l'abdomen et les sutures profondes ont diminué considérablement les dimensions du ventre, et il est aisé de comprendre que les deux lèvres de la peau seront trop larges et nécessiteront une excision partielle. D'ailleurs, en resserrant ainsi la partie cutanée de la paroi abdominale, on oppose encore une nouvelle force à toute récidive d'éventration. Cette excision est justifiée parce qu'elle empêche toute formation de clapiers ou prolongements qui pourraient donner lieu à des décollements et à de la suppuration. Pour pratiquer cette excision, le chirurgien relève, autant qu'il le peut, les deux lambeaux qu'il réunit bien sur la partie médiane ; il les confie ensuite à un aide, et d'un trait de ciseau donné bien franchement, il enlève toute la portion qui dépasse le plan de la paroi. Il ne reste plus qu'à pratiquer les sutures cutanées. On peut employer les fils métalliques ou la grosse soie pour placer quelques points séparés et larges, qui sont destinés à réunir la partie profonde du tissu cellulaire, et que l'on passe à quelques centimètres en dehors des limites de la plaie. Les points superficiels séparés sont pratiqués au crin de Florence. Pour avoir une suture plus régulière et à peine visible, on peut utiliser la suture intra-dermique.

L'opération, faite dans toutes les règles de l'antisepsie, ne nécessite pas l'emploi du drainage.

Le manuel opératoire, pour être minutieux, peut être rapide-

ment mené ; sa durée est variable et ne doit pas excéder une heure.

Il peut s'appliquer à l'éventration de l'enfant aussi bien qu'à l'éventration post-opératoire.

Nous l'avons vu pratiquer dans la cure radicale d'une énorme hernie ombilicale.

CHAPITRE VI

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Disons, tout de suite, que chez l'enfant l'intervention sanglante est rarement indiquée.

S'il s'agit d'une éventration congénitale, la gravité de la lésion ne permet pas d'intervenir, et si l'enfant ne présente pas d'autres malformations, l'expérience nous apprend que la paroi se reconstitue d'elle-même. Dans une éventration limitée, toute partielle, le chirurgien pourra emprunter sur le côté de la paroi des lambeaux cutanés qu'il ramène en avant de la ligne blanche.

Les indications d'opérer ne sont guère plus marquées dans l'éventration acquise de l'enfant.

La faiblesse générale, la toux, le mauvais état du tube digestif, le mettent en mauvaise position pour supporter une opération nécessitant toujours une anesthésie assez longue. Nous savons d'ailleurs combien un traitement médical bien dirigé a facilement raison de la faiblesse de la paroi abdominale chez les enfants.

Ici, s'offriront surtout les indications du bandage, de l'hygiène aidée du massage et de l'électricité.

En ce qui concerne l'éventration de l'adulte, qu'elle soit le fait de la grossesse ou qu'elle fasse suite à une opération, les indications sont les mêmes que celles de la hernie ombilicale.

Dans son « Traité sur la cure radicale des hernies », *Lucas*

Championnière décrit bien les complications qui se produisent chez les porteurs de grosses hernies ombilicales et qui guident le chirurgien dans l'opportunité de l'intervention.

Ces complications sont les phénomènes douloureux de tendance à l'accroissement, les adhérences, les étranglements, la production de l'emphysème.

Ces douleurs, dans l'éventration, tendent à s'irradier dans divers points de la paroi abdominale. Elles sont dues à la compression de cette paroi par la masse des viscères et aux adhérences.

Ces adhérences plus fréquentes dans les hernies existent aussi, ainsi que le démontre la clinique, surtout dans les éventrations consécutives aux opérations. On comprend les tiraillements qu'elles peuvent exercer sur l'intestin et la gêne fonctionnelle qui peut en résulter.

L'étranglement de l'éventration est un fait rare. Nous en avons relevé un cas, rapporté dans la thèse de *Dauriac*. *M. Guinard* constata, chez une malade atteinte d'éventration post-opératoire, tous les symptômes de l'étranglement ; l'opération démontra que cet étranglement avait été produit par une bride enserrant l'intestin.

Toute éventration présente une tendance très marquée à s'accroître. On sait la facilité avec laquelle l'intestin glisse dans tous les points qui lui sont ouverts et l'état de distension dans lequel est continuellement la masse contenue dans l'abdomen. Le fait clinique est là qui montre la marche rapide de presque toutes les éventrations.

Toutes ces diverses complications sont autant d'indications à intervenir rapidement, mais certaines contre-indications peuvent venir s'opposer à l'opération.

La date trop récente de la lésion permet de surseoir à la cure radicale et de tenter la guérison par les moyens médicaux ; il en est de même pour des éventrations de peu d'importance.

L'excès en sens contraire est aussi une contre-indication. Notre Observation IV en est un exemple. Le chirurgien ici est arrêté par une cachexie trop avancée, par des troubles cardiaques empêchant toute anesthésie, s'opposant même à toute réduction.

Signalons enfin une contre-indication, non à la cure radicale, mais au procédé que nous avons décrit et que nous avons trouvé chez la malade qui fait l'objet de notre Observation III : c'est l'atrophie de la paroi et en particulier des muscles. Une des parties les plus importantes pour la reconstitution de la paroi fait défaut, mais il n'est guère possible de le constater avant l'incision des gaines musculaires. On trouve là une masse molle, jaunâtre, cédant au moindre tiraillement. Il faut renoncer ici à la suture musculaire : l'opérateur devra se contenter de la suture à deux étages.

OBSERVATIONS

Nous publions seulement quatre observations que nous avons recueillies dans le service de M. le docteur Reboul. Deux des malades ont été opérées par le procédé décrit dans ce travail. La troisième, atteinte d'éventration post-opératoire, n'a pu subir cette intervention par suite de l'atrophie des muscles droits de l'abdomen. Des troubles cardiaques trop avancés ont interdit tout genre d'opération chez la malade qui fait l'objet de l'Observation IV, et, si nous la citons, c'est pour donner un exemple d'éventration volumineuse à lésions très avancées. D'ailleurs, en citant ces observations toutes récentes, nous ne voulons et ne pouvons en tirer aucune déduction au point de vue du traitement, la récidive pouvant se montrer quelquefois plusieurs années après l'intervention.

Observation Première

(Eventration consécutive à la grossesse)

B... C..., âgée de 41 ans, femme de ménage, entre à la salle Fontaine à l'Hôtel-Dieu de Nimes, le 27 février 1897.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Nuls.

Cette femme a eu trois accouchements, le dernier à 33 ans. Elle constata, quelque temps après son troisième accouchement, une augmentation de volume du ventre marquée surtout

au niveau de l'ombilic. Pas de soins. Elle reprend de bonne heure son travail, et, sous l'influence de la fatigue, constate un accroissement rapide de la tumeur. Elle n'a pas ressenti de troubles fonctionnels bien marqués, et c'est ce qui explique le retard qu'elle a mis à se plaindre à son médecin, M. le docteur Bellissent. C'est lui qui la décide à entrer à l'Hôtel-Dieu, pour y subir la cure radicale.

L'examen de l'abdomen permet de constater l'existence d'une éventration occupant la ligne blanche depuis le pubis jusqu'à trois centimètres au-dessus de l'ombilic. L'écartement des muscles droits est de dix centimètres au repos, et se réduit à sept centimètres, quand les muscles se contractent. La sonorité est exagérée, le gargouillement est très facile à produire.

A peine, comme troubles fonctionnels, notons-nous une fatigue très rapide et de la constipation opiniâtre. Pas de douleurs.

Opération, le 8 mars, par M. le docteur Reboul, aidé par M. le docteur Lassalle.

Anesthésie au chloroforme. L'incision cutanée commence à trois centimètres au-dessus de l'ombilic et arrive jusqu'au pubis. Omphalectomie par une incision elliptique. Dissection de la peau, en laissant adhérent au lambeau une couche épaisse de tissu adipeux ; le péritoine est ouvert sur une hauteur de un centimètre et demi et refermé immédiatement à l'aide d'une pince en T, en attendant qu'on le suture.

Découverte et toilette des deux muscles droits.

Le temps des sutures ne présente rien de particulier ; les muscles se laissent assez facilement rapprocher et on les fixe en les faisant légèrement chevaucher l'un sur l'autre. La suture des feuillets superficiels présente beaucoup de difficulté.

L'excision de la peau enlève de chaque côté un lambeau

mesurant trois centimètres en son point le plus large. Sutures de la peau au crin de Florence. Pansement collodioné sans l'emploi d'aucune poudre. Compression très forte à la ouate et à la bande de flanelle.

Les suites opératoires ont été des plus simples.

8 mars. — A la contre-visite, la malade se plaint de ses reins et de sa plaie. Vomissements abondants, température 37°2.

9. — Faiblesse très accusée. Diarrhée. Six selles dans la journée. Potion à l'opium. Température 37°2.

18. — Premier pansement. Réunion par première intention. Pas un seul fil n'a suppuré. On enlève les grandes sutures.

25. — Deuxième pansement pour enlever tous les fils.

29. — Ceinture abdominale. Lever.

5 avril. — La malade sort en très bon état. Les lignes de sutures se sont bien maintenues ; l'abdomen a sa forme et son volume normaux.

Nous avons écrit, ces jours derniers, à notre ami M. le docteur Bellissent, qui nous a donné les meilleures nouvelles de la malade.

Cette femme a repris le cours de ses travaux et ne se ressent en rien de son ancienne infirmité.

Observation II

(Eventration consécutive à la grossesse.)

C... M..., veuve A..., âgée de 37 ans, profession de repasseuse, entre, le 3 octobre 1891, dans une chambre payante. Cette femme est obèse et pèse 102 kilos. Elle porte sa lésion depuis l'âge de 18 ans, époque à laquelle elle a eu un premier accouchement. Mais ce n'est qu'après son deuxième accouche-

ment, à l'âge de 21 ans, qu'elle a constaté, dit elle, la déformation de son ventre. A 28 ans, une péritonite aiguë, à la suite d'un refroidissement, est venue réveiller les douleurs qui depuis lors n'ont fait que s'accroître. La malade, depuis quelques jours, accuse des vomissements fréquents ; elle ne peut plus se livrer à sa profession de repasseuse malgré le port d'une ceinture qui a produit sur le point culminant de la tumeur une petite ulcération.

Opération le 12 octobre 1897. Anesthésie sous le chloroforme, Dr Reboul, opérateur. Incision elliptique circonscrivant la tumeur mesurant dix-huit centimètres de longueur et six centimètres de largeur et remontant jusqu'à un centimètre au-dessus de l'ombilic. Dissection du tissu cellulaire qui mesure six centimètres d'épaisseur jusque sur la gaine des droits.

La réduction de l'éventration est plus laborieuse que d'habitude et cela tient à des adhérences produites probablement sous l'influence de la péritonite.

Le temps des sutures est normal, mais le péritoine a été ouvert sur une hauteur de dix centimètres.

L'excision de la peau présente quelque difficulté à cause de son épaisseur.

Premier surjet sur le péritoine ; deuxième surjet sur les feuillets profonds de la gaine ; troisième surjet musculaire ; quatrième surjet sur les feuillets superficiels de la gaine. Sutures de la peau avec de gros fils de soie et des crins de Florence.

13 octobre. — Température 37°3 et 37°4. Douleur au niveau de la plaie. Piqûre de morphine.

20. — Température 38°5. Les douleurs se réveillent. On fait avouer à la malade que, la veille, elle a passé les mains sous son pansement sous prétexte de démangeaisons.

23. — Langue sèche. Elancements au niveau de la plaie. Insomnie. On se décide à pratiquer le premier pansement et

on trouve la plaie en pleine suppuration. Le foyer s'est ouvert à la partie supérieure de la ligne de suture ; on le rouvre à la partie inférieure, et on fait passer un long drain ressortant de chaque côté. Par le lavage, on exprime de la plaie une quantité de pus que l'on peut évaluer à 300 grammes.

Les lavages sont répétés les jours suivants, malgré l'indocilité de la malade. La cicatrisation fait de grands progrès, quand la malade demande à sortir, le 7 novembre 1897.

Nous avons revu la fille de la malade le 26 décembre. D'après ses renseignements, jusqu'à aujourd'hui, le résultat peut être considéré comme bon.

Observation III

(Eventration post-opératoire)

L... D..., âgée de 50 ans, domiciliée rue de la Treille, 40, a été opérée à l'Hôtel-Dieu, il y a un an, d'une grosse hernie ombilicale. Entrée à la salle Fontaines, le 21 septembre 1897, elle raconte qu'il y a trois mois environ, sans motif appréciable, elle a été prise de fortes coliques et qu'elle s'est aperçue d'une tumeur du volume d'une mandarine, placée à droite, à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. Les douleurs s'irradient dans tout l'abdomen ; elle a la sensation de tiraillements, avec cela digestions difficiles, vomissements répétés. Tumeur réductible, manifestement formée par l'intestin, mesurant 12 centimètres de haut et 8 centimètres de large, occupant l'ancienne cicatrice.

1er septembre. — Intervention par M. le docteur Reboul. Incision de la peau du tissu cellulaire enlevant l'ancienne cicatrice. Le tissu adipeux est très épais ; la malade tousse beaucoup, ce qui rend l'opération très laborieuse. Les muscles

grands droits, mis à découverts, sont jaunâtres et mous. Ils ne paraissent pas assez résistants pour supporter une suture. On se contente de reconstituer la paroi avec le tissu fibreux, le tissu cellulaire et la peau.

Les suites de l'intervention ont été assez compliquées, par suite des efforts de toux et des vomissements. De plus, un mois après l'opération, il s'est formé, au niveau de la cicatrice, un véritable abcès qui a compromis le résultat.

La malade est condamnée au port du bandage, pour remédier autant que possible à son infirmité.

Observation IV

(Enorme éventration consécutive à la grossesse, inopérable).

R... S..., âgée de 57 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 18 décembre 1897. La malade a eu six accouchements, son éventration date de 22 ans, et s'est montrée après son deuxième accouchement. Elle avait atteint, en avril 1897, le volume d'une tête de fœtus. A ce moment, elle contracte la grippe et les efforts de toux augmentent rapidement le volume de l'éventration.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, cette femme représente le type complet de l'éventration arrivée à sa dernière période. Elle est allongée dans son lit, et il lui est impossible de faire le moindre mouvement. Les deux cuisses sont écartées et le ventre retombe jusqu'à 5 cent. au-dessous du genou. L'ombilic est placé à 3 cent. au-dessous de la ligne qui réunit les deux épines iliaques. De l'ombilic au pubis, en contournant l'éventration, on mesure 55 cent.; de l'ombilic à l'appendice xiphoïde 35 cent. Le contour du ventre, au-dessous de l'ombilic, est de 62 cent. Le tour de taille, au niveau des reins, est de 1 mètre 10 cent.

Comme symptômes fonctionnels, on note surtout des troubles d'asphyxie. Les lèvres sont violacées, les battements de cœur sont irréguliers, les extrémités cyanosées ; ces signes s'accentuent encore à la moindre tentative de réduction ; 1er janvier 1898, décès en pleine asphyxie.

CONCLUSIONS

1° La paroi abdominale présente, à sa partie antérieure et médiane, une portion plus faible, la ligne blanche formée par les tendons des muscles larges de l'abdomen, et en son centre un point très aminci, l'ombilic, où la partie fibreuse fait totalement défaut.

2° La ligne blanche peut subir diverses modifications soit sous l'influence d'un arrêt de développement, soit sous l'action de la grossesse ou encore à la suite d'une intervention chirurgicale ; ces modifications constituent les éventrations.

3° Il peut y avoir absence complète de la ligne blanche, c'est l'éventration congénitale ; simple distension de l'aponévrose et écartement des muscles, c'est l'éventration véritable ; refoulement et solution de continuité au niveau d'une cicatrice la ligne blanche, c'est l'éventration post-opératoire.

4° On peut parfois obtenir quelque résultat par un traitement médical s'aidant de l'hygiène, du port d'un bandage et de quelques moyens destinés à fortifier les muscles de la paroi.

5° En général, il faut avoir recours à une intervention qui, après avoir fait disparaître un point faible, l'ombilic, cherche à s'opposer à l'issue de la masse intestinale en reconstituant au niveau de la ligne blanche une nouvelle paroi par l'accolement et la suture séparés des muscles et de leur gaine.

6° Les indications de la cure radicale sont fournies par la gêne que produit cette infirmité et par toutes les complications

(douleurs, adhérences, tendance à l'accroissement) qu'elle peut entraîner.

7° Les contre-indications se trouvent dans l'âge peu avancé du sujet, la date récente de l'éventration, ses lésions trop étendues ou des symptômes fonctionnels trop graves, tels que des troubles cardiaques et respiratoires marqués.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 15 janvier 1898.
Pour le Recteur :
L'Inspecteur d'Académie délégué,
L. YON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 16 janvier 1898
Le Doyen,
VIALLETON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bacon. — Opération myoplastique pour la hernie ventrale de la ligne blanche. (*Clin. franç.*, fév. 1893.)

Barnier. — Cure radicale de la hernie ombilicale. (Th. Paris, 1889.)

Borrivitza. — Contribution à l'étude de l'éventration post-opératoire. (Th. Paris, 1897.)

Brackel. — De l'excision de l'orifice dans la cure radicale des hernies de l'ombilic et des hernies de la ligne blanche après laparatomie. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1895.)

Bruums. — De l'omphalectomie dans la cure radicale des hernies ombilicales. (*Cent. f. Chir.*, janv. 1894.)

Cahier. — Cure radicale des hernies ombilicales congénitales. (*Rev. de Chir.*, mars 1895.)

Casteret. — De la cure radicale des hernies ombilicales et en particulier de l'omphalectomie avec suture à 4 étages. (Thèse Lyon, 1893.)

Chabrely. — Un cas d'éventration congénitale. Autopsie. (*Journ. Méd. Bordeaux*, 1891.)

Condamin. — De l'omphalectomie et de la suture à 3 étages dans la cure radicale des hernies ombilicales. (*Arch. Prov. de Chir.*, I, 3, 1893.)

Daubiac. — Traitement chirurgical des hernies de l'ombilic et de la ligne blanche. (Th. Paris, 1896.)

Durming. — Hernie ventrale consécutive à la laparatomie. (*Americ. Journ. of obst.*, 1893.)

Gersung. — Méthode de cure radicale des grosses hernies ombilicales. (*Cent. f. Chir.*, oct. 1894.)

Gill Vyllie. — Ventral hernio caused by luparatomy. (*Amer. Journ. of obst.*, 1887.)

Gilliam. — Traitement de la hernie ventrale consécutive à la laparatomie. (*Med. News,* 1893.)

Gouilloud. — De l'éventration post-opératoire. Prophylaxie et cure radicale. (*Lyon Méd.,* 1892.)

Haeberlin. — Opération d'une volumineuse hernie ventrale. (*Berl. Klin. Woch.,* 1893.)

Hadlich. — Traitement de l'éventration par une opération. (*Arch. f. Klin. Chir.,* XX, p. 568.)

Herzay. — Sur la fermeture de l'anneau ombilical. (*Munch. med. Woch.,* 1891.)

Lawson-Tait. — Guérison radicale de la hernie ombilicale. (*Brit. Med. Journ.*, déc. 1884.)

Maydl. — Traitement des hernies qui surviennent par absence congénitale de la ligne blanche ou comme suite de la laparatomie. (Dublin, *Journ. of med.,* fév. 1894.)

Niehves. — Des hernies de la ligne blanche. (*Berlin. Klin.*, 1880.)

Noble. — Un cas de hernie ventrale guérie par la méthode à lambeaux. (*Americ. med. Bull.*, juin 1895.)

Pernice. — De l'omphalectomie avec cure radicale dans les hernies ombilicales. (*Cent. f. Chir.,* janv. 1895.)

Pozzi. — Société de Chirurgie, fév. 1897.

Quenu. — Opération d'une éventration. (Société de Chir., fév. 1596.)

— Cure radicale de la hernie ombilicale. (*Gaz. méd.*, déc. 1894.)

Querneau. — De l'éventration consécutive à la grossesse (Th. Paris, 1897.)

Roger. — Sur la cure radicale des hernies ombilicales. (Th. Paris, 1895.)

Roth. — Des hernies de la ligne blanche. (*Arch. f. Klin. Chir.,* XLII, 1891.)

Serullaz. — De la cure radicale de l'éventration post-opératoire avec adhérence intestinale. (Th. Lyon, 1895.)

Tillaux. — Hernie de la ligne blanche. (*Journ. des Praticiens,* 35, p. 409.)

— De la cure radicale de la hernie ombilicale. (*Sem. méd.*, mars 1895.)

Vanchengel. — Contribution à l'étude de l'éventration post-opératoire. (Th. Lille, 1897.)

Van Hassel. — Omphalectomie totale (*Ann. Soc. belge Chir.*, déc. 1896.)

Vathen. — Hernie ombilicale et ventrale. (*Americ. Journ. of. obst*, avril 1893.)

Von Bergmann et Kœnig. — Des hernies de la ligne blanche entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic. (*Berl. Klin. Woch.*, oct. 1891.)

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qu me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !